Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22326091

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 198.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 29 août 1861,

Par JULES ESMENARD,

né à Villeneuve-sur-Yonne (Yonne),

Élève des Hôpitaux et Hospices civils de Paris.

CONSIDÉRATIONS

ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES

SUR LES ONGLES,

ET DE L'ONYXIS ULCÉREUSE SOUS-UNGUÉALE REBELLE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1861

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	N. GUILLOT. MONNERET.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN, Président.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER, Examinateur. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — *Secrétaire*, M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. AXENFELD.	MM. GUBLER.
BAILLON.	GUILLEMIN, Examinateur.
BARTH.	HÉRARD.
BLOT.	LASÈGUE.
BOUCHUT.	LECONTE.
BROCA.	PAJOT, Examinateur.
CHAUFFARD.	REVEIL.
DELPECH.	RICHARD.
DUCHAUSSOY.	SAPPEY.
EMPIS.	TARDIEU.
FANO.	TRÉLAT.
FOLLIN.	VERNEUIL.
FOUCHER.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

JOSEPH ESMENARD,

Chirurgien des Armées.

A MON PÈRE,

A MA MÈRE.

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES FRÈRES,

CHARLES ESMENARD,

Interne en Pharmacie des Hôpitaux et Hospices civils de Paris,

ET

EUGÈNE ESMENARD.

A MON ONCLE,

LE DR P.-B. GILLET,

ex-Interne de Dupuytren.

Vive reconnaissance pour la bienveillante sollicitude qu'il m'a toujours témoignée dans le cours de mes études médicales.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. GOSSELIN,

Professeur de Pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie impériale de Médecine,
Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc.;

M. ROBERT,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Agrégé libre de la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie impériale de Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur;

M. PIEDAGNEL,

Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Chevalier de la Légion d'Honneur;

M. BEAU,

Médecin de la Charité,
Agrégé libre de la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie impériale de Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES A L'ÉCOLE PRATIQUE :

M. LE Dr CH. BOULLARD,

ex-Prosecteur de la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de la Société Anatomique, etc. ;

M. LE Dr ROUGET,

Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Montpellier,
ex-Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre des Sociétés de Biologie, d'Anatomie, etc.

M. LE Dr SÉE,

ex-Prosecteur de la Faculté de Médecine de Paris,
Membre des Sociétés de Biologie, Anatomique, etc.

A MM. LES DOCTEURS

MARTIN-DAMOURETTE ET MARTIN-MAGRON.

A M. LE Dr BOULLARD,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A M. LE Dr TENAIN,

Médecin par Quartier de S. M. l'Empereur,
Membre de la Société Anatomique,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

CONSIDÉRATIONS

ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES

SUR

LES ONGLES,

ET DE

L'ONYXIS ULCÉREUSE SOUS-UNGUÉALE REBELLE.

PREMIÈRE PARTIE.

Considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les ongles.

Les *ongles* sont des produits de nature épidermique, qui, sous la forme de lames cornées, flexibles, oblongues, demi-transparentes, recouvrent les deux tiers inférieurs de la face dorsale de la dernière phalange des doigts et des orteils.

Nous étudierons successivement les *diverses parties qui constituent les ongles,* ainsi que *leur couleur, leur forme, leur dureté, leur composition, leurs dimensions, leurs connexions avec la peau, leur structure, leur développement, l'époque de leur formation, leurs usages,* et enfin *leurs vices de conformation.*

Nous admettrons les doigts et les orteils placés dans la position horizontale, de manière qu'ils présentent une face supérieure dor-

sale ou unguéale, une face inférieure correspondant à la pulpe, une extrémité antérieure et une extrémité postérieure.

A. *Parties constituantes des ongles.*

Les ongles présentent à considérer trois parties bien distinctes : une partie postérieure ou *racine,* une partie moyenne ou *corps,* et une partie antérieure ou *extrémité libre.*

La *racine* est la partie postérieure de l'ongle qui se trouve comme enchâssée sous un sillon courbe de la peau ; elle est limitée en avant par le bord postérieur du corps, au niveau du repli cutanée et se prolonge en arrière jusqu'à la saillie phalangienne, où elle se termine par un bord mince, mou et dentelé. Quelques auteurs prétendent que la racine adhère très-intimement à la peau qui la contient ; d'autres veulent, au contraire, ainsi que M. le professeur Malgaigne, que la racine soit dans son extrémité postérieure complétement privée d'adhérences et qu'elle soit libre et flottante dans une sorte de cavité séreuse. La vérité est entre ces deux opinions contraires ; en effet, si, à l'exemple de M. le professeur Cruveilhier, on dissèque avec soin le repli cutané qui recouvre la racine, on trouve qu'elle y adhère faiblement par ses deux faces, excepté en avant, à l'endroit où elle se dégage, là où l'épiderme se replie sur elle et y est intimement uni.

La racine est blanchâtre, flexible, et constitue la partie la plus molle et la plus mince de l'ongle, dont elle forme environ le quart de la longueur.

Le *corps* ou la partie moyenne de l'ongle s'étend depuis le repli cutané qui recouvre la racine jusqu'au sillon creusé entre sa partie libre et la pulpe des doigts.

Sa face externe est convexe d'avant en arrière et de dehors en dedans, lisse et sillonnée longitudinalement par de légères dépressions linéaires ; on y trouve aussi des stries transversales.

Sa face interne est concave et adhère beaucoup plus que la racine au derme situé au-dessous, ce qui nécessite une grande violence

dans l'avulsion du corps de l'ongle. Cette face présente des sillons longitudinaux correspondant aux papilles sous-unguéales disposés dans le même sens. Le corps de l'ongle offre une teinte rosée, excepté en arrière où il présente une partie blanche à convexité dirigée en avant et dont la forme semi-lunaire lui a valu le nom de *lunule*. Ce segment blanc, dont l'étendue antéro-postérieure varie de quelques millimètres à un demi-centimètre, a une largeur d'autant plus considérable qu'on l'examine à partir du petit doigt. Certains auteurs (1) font de la lunule une partie de la racine en raison de leur similitude de coloration et d'adhérence ; en effet la lunule est comme cette dernière blanche et peu adhérente au derme sous-jacent.

La partie antérieure de l'ongle ou l'*extrémité libre* est séparée de la pulpe des doigts par un sillon demi-circulaire qui se continue de chaque côté de la partie antérieure du corps. L'extrémité libre est la portion la plus épaisse de l'ongle. Lorsqu'elle n'est pas divisée, comme chez les vieillards et les gens qui négligent de se couper les ongles, elle s'allonge de plus en plus, s'épaissit, devient pointue et se recouvre sous la pulpe digitale. On a vu l'extrémité libre abandonnée depuis longtemps à sa croissance naturelle acquérir jusqu'à 4 et 5 centimètres. C'est alors qu'on peut bien voir les sillons transverses qui résultent du mode de formation des ongles et qui indiquent la présence de lames imbriquées les unes sur les autres à la manière d'écailles.

B. *Couleur.*

Le tissus de l'ongle est diaphane et par conséquent laisse voir la coloration des parties sous-jacentes. Au niveau de sa partie adhérente l'ongle transmet la coloration du derme unguéal ; le corps a une teinte rosée, tandis que la lunule et la racine sont blanchâtres ;

---

(1) Nysten, *Dictionn. de méd.*, art. *Ongles.*

parce que le derme est riche en vaisseaux en avant, tandis qu'en arrière il en contient très-peu. De même la coloration rosée du corps varie d'intensité avec le plus ou moins de vascularisation du derme qui le supporte : de là la pâleur de cette teinte rosée chez les personnes anémiques et chlorotiques, comme le fait remarquer M. le professeur Jarjavay (1). Au niveau de la partie libre l'ongle conserve sa transparence à moins qu'il ne transmette la coloration des parties logées au-dessous de lui. C'est aussi à la demi-transparence de l'ongle qu'est due la nuance qu'il offre dans certaines races colorées et dans certains cas, tels qu'une ecchymose sous-unguéale, ou lorsqu'il y a pénétration d'un corps au-dessous de l'ongle.

C. *Forme.*

Les ongles sont légèrement aplatis, convexes d'avant en arrière et surtout de dehors en dedans, ils représentent assez bien la forme d'un segment de cylindre. La forme des ongles est très-variable ; ce qui paraît tenir à la disposition des extrémités qui les supportent, disposition qui se rattache elle-même à l'état de la nutrition. La conformation des ongles peut donc être modifiée par certaines maladies et fournir certaines indications séméiologiques qui ne sont pas à dédaigner. Ainsi, lorsque les ongles sont recourbés dans le sens antéro-postérieur et qu'en même temps la main est osseuse et maigre, les doigts prennent une forme arrondie, disgracieuse, à laquelle les pathologistes ont assigné le nom de doigts en *massue,* disposition connue sous le nom d'*hippocratique.* Ce n'est pas sans quelque fondement qu'on a rattaché cette forme à l'existence chez certaines personnes de la scrofule, de certaines maladies chroniques et surtout de la phthisie. Du reste je ne saurais mieux faire que de citer à cet égard les remarques de M. Max. Vernois (2). En effet ce médecin est le premier qui ait cherché à ap-

---

(1) *Traité d'anat. chirurg.*, t. I, p. 432 ; 1852.

(2) *Archives gén. de méd.*, t. VI, p, 310 ; 1839.

précier d'une manière rigoureuse l'influence que diverses maladies peuvent exercer sur la forme recourbée des ongles. Les observations comparatives qu'il a faites à ce sujet l'ont conduit à conclure : 1° que sur un nombre déterminé de malades quelle que soit leur affection, on trouve les ongles recourbés au moins une fois sur trois; 2° que, parmi les maladies, la phthisie, la scrofule et les affections chroniques influent très-positivement sur cette forme des ongles; 3° que les femmes présentent cette conformation particulière trois fois plus souvent que les hommes; 4° c'est entre 10 et 30 ans que ce phénomène se remarque le plus souvent, de 1 ans à 10 il est aussi fréquent que tout autre état des ongles, de 30 à 70 ans, le fait devient rare; l'âge moyen entre 10 et 30 ans où on l'observe est de 12 ans à 17 ans; 5° aucune profession ne pourrait avoir d'influence sur cette conformation des ongles; enfin dans les cinq sixièmes des cas, la forme recourbée des ongles coïncide avec une constitution lymphatique.

Quelquefois les ongles s'hypertrophient ; alors ils deviennent épais et durs au point d'agir sur les parties molles à la manière de corps étrangers ; ce qui nécessite leur avulsion. M. le professeur Jarjavay a vu plusieurs fois sur le gros orteil des ongles de plus de 2 centimètres d'épaisseur s'élever à la manière d'un mamelon sur la face dorsale de cet appendice et gêner considérablement la marche.

D. *Direction.*

La direction de l'ongle est parallèle à celle de la phalange qui le supporte. Il offre une convexité d'avant en arrière, et surtout de dehors en dedans. L'exagération ou le changement de direction de ces courbures sont très-importantes à étudier au point de vue pathologique. Au niveau de la pulpe, l'ongle tend à se recourber et à s'arrondir autour de l'extrémité des doigts ou des orteils ; cette disposition est peu sensible chez les peuples civilisés qui ont l'habitude de couper l'extrémité libre, mais très-prononcée chez les Chi-

nois et dans les hospices de vieillards. Chez les individus qui négligent de se couper la partie libre des ongles, l'ongle se décolle, la racine se soulève et il survient une inflammation du derme sous-unguéal, inflammation qui peut aller jusqu'à produire la chute de l'ongle. Quelquefois l'ongle se recourbe en sens contraire, s'élève vers son extrémité libre, et alors à la suite des pressions, il peut survenir les mêmes accidents que dans le cas précédent.

D'autres fois, en raison de la tendance naturelle qu'ont les ongles de se courber dans le sens de leur largeur, tendance qui est encore favorisée par l'habitude de couper les ongles circulairement; les bords latéraux s'incurvent considérablement, rencontrent pendant la marche ou la station les parties molles refoulées par les chaussures et le poids du corps ; bientôt les bords de l'ongle irritent ces parties, les ulcèrent, s'y enfoncent et déterminent de vives douleurs. C'est cette lésion qu'on a successivement désignée sous le nom d'*onglade* (Albinus), *ongle rentré dans les chairs* (Desault), *resserrement de l'ongle* (De Plenck), *ongle incarné* (Monteggia), et enfin *incarnation de l'ongle* (Hipp. Royer-Collard).

E. *Densité et composition.*

Bien que formant des écailles dures et denses, les ongles sont cependant flexibles et élastiques; cette propriété est utilisée dans certains procédés de médecine opératoire qui ont pour but de les redresser quand ils sont déviés.

Comme l'épiderme, les ongles sont un produit de sécrétion solidifiée; comme lui ils sont hygrométriques, mais très-lentement; le contact habituel des acides ou des alcalis altère leur tissu, comme cela arrive dans certaines professions. Les ongles ont les mêmes propriétés chimiques que l'albumine coagulée et contiennent une petite proportion de phosphore ; de là les accidents légers d'embarras gastrique qui surviennent quelquefois chez les enfants qui ont l'habitude de se ronger les ongles. D'après Lauth, la lame unguéale

devrait sa consistance à la présence d'une certaine quantité de phosphate de chaux.

F. *Dimensions.*

L'ongle a environ de 2 à 3 centimètres de longueur et de 1 à 1 centimètre et demi de largeur. Du reste on comprend facilement que ces dimensions éprouvent de grandes variations avec les divers individus et suivant les doigts et les orteils qui les supportent.

G. *Connexions des ongles avec la peau.*

Les ongles étant enchâssés dans la peau, nous devons étudier les connexions qu'ils affectent avec elle. La détermination de ces connexions forme un des points les plus importants de l'étude des ongles au point de vue anatomique et pathologique. En effet, excepté les altérations qui résultent pour le tissu unguéal de l'action chimique, physique ou mécanique, des corps extérieurs, les maladies des ongles sont toujours le résultat de la lésion du derme générateur qui est véritablement le siége de l'affection. Nous allons donc examiner successivement les rapports des ongles avec le derme, l'épiderme et le corps muqueux. Pour avoir une bonne idée de la disposition de l'ongle, il faut pratiquer une coupe antéro-postérieure sur la phalange unguéale revêtue de toutes les parties molles.

1° *Connexions de l'ongle avec le derme.* A l'aide de cette coupe, on trouve que le derme est disposé comme il suit : parvenu à la rencontre de l'ongle, le derme descend sur sa face dorsale, suivant une longueur de 5 millimètres environ, c'est-à-dire jusqu'à l'union du quart postérieur de cette face avec les trois quarts antérieurs ; là il se réfléchit d'avant en arrière, en s'adossant à lui-même, et remonte sur la racine jusqu'au niveau du bord postérieur de celle-ci, à laquelle il adhère faiblement, excepté en avant au niveau de la première réflexion. Puis il se réfléchit de nouveau d'arrière en

avant, passe sous la racine et le corps de l'ongle pour se continuer ensuite avec la pulpe du doigt. Dans ce dernier trajet, il adhère à la face inférieure de la racine et d'une manière beaucoup plus intime à la face profonde du corps de l'ongle, surtout vers l'extrémité antérieure. Cette disposition explique la facilité avec laquelle les instruments pénètrent sous l'ongle dès qu'ils ont rompu les adhérences situées en avant (1).

Le derme *rétro-unguéal* s'étend jusqu'à la saillie transversale de la phalangette, saillie sur laquelle s'attache le tendon extenseur et qui est situé très-près de l'articulation. Il faut donc ne pas dépasser cette saillie, quand on veut enlever la matrice dans la cure radicale de l'ongle incarné. Pour cela il faut avoir soin, ainsi que l'indique M. Robert (2), de redresser de haut en bas et d'arrière en avant le bistouri, pour éviter d'aller pénétrer dans l'interligne articulaire.

Le derme *sous-unguéal*, c'est-à-dire celui qui est situé au-dessous du corps de l'ongle, est très-épais; par sa face supérieure il adhère à l'ongle principalement à la partie antérieure; par sa face inférieure il adhère aussi à la phalange mais d'une manière telle-

---

(1) Il existe dans les ouvrages d'anatomie une confusion fâcheuse au sujet de la dénomination des diverses parties du derme qui est en contact avec l'ongle. Quelques auteurs, comme M. Jarjavay (*Anat. chir.*, t. I, p. 431; 1852) et Ollivier (Dict. en 30 vol., t. XXII, p. 81, 2e édit.), attachant au nom de *matrice* l'idée d'organe générateur de l'ongle, l'étendent à tout le derme adhérent à ce dernier; tandis que d'autres, et ce sont les plus nombreux, n'accordent cette dénomination qu'au repli de la peau qui reçoit la racine. Pour éviter cette confusion, je propose d'appeler *derme unguéal* toute la portion du derme en rapport avec l'ongle, et qui comprend deux parties : une partie *sous-unguéale*, située au-dessous du corps, et une partie *rétro-unguéale* en rapport avec la racine. Le derme rétro-unguéal, communément appelé *matrice*, admet donc deux faces, l'une, supérieure, qui recouvre la racine, et l'autre, inférieure, située au-dessous d'elle.

(2) *Clinique de l'Hôtel-Dieu : Onyxis syphilitique avec évulsion de l'ongle et destruction de la matrice* (*l'Union médicale*, 29 juillet 1858).

ment intime, surtout en avant, que le chirurgien est obligé de ruginer fortement la face dorsale de celle-ci pour empêcher la reproduction de l'ongle dans ses vices de conformation. Ce derme jouit d'une sensibilité exquise et reçoit des vaisseaux assez gros qui semblent sortir du périoste de l'os, comme l'a signalé M. Jardon (1).

Le derme sous-unguéal est très-riche en vaisseaux à sa partie antérieure, en arrière il est peu vasculaire; de là la couleur rosée de l'ongle en avant et blanche en arrière, au niveau de la lunule et de la racine.

La couche dermoïde qui est en rapport avec l'ongle présente des papilles nombreuses linéairement placées qui forment des saillies longitudinales séparées par des sillons. La lame cornée s'appliquant exactement sur le corps papillaire, présente donc des saillies et des sillons en sens inverse qui forment les stries longitudinales des ongles sur leur face libre et les saillies sur leur face adhérente.

La présence des papilles explique aussi les excessives douleurs causées par l'ablation de l'ongle.

Le corps papillaire est l'organe sécréteur de l'ongle; en effet, lorsque les papilles sont peu développées et irrégulièrement disséminées, les ongles sont petits et déformés et ne présentent aucune trace de sillons longitudinaux.

Dans l'inflammation des papilles l'ongle se décolle, tombe et se reproduit comme l'épiderme. Dans les affections constitutionnelles, telles que la syphilis, la lèpre, et le psoriasis invétéré, le tissu unguéal devient rugueux, plus épais, quelquefois plus aminci et enfin tombe comme les poils et les cheveux.

2° *Connexions de l'ongle avec l'épiderme.* Les auteurs ne sont pas d'accord sur le mode de continuité de l'ongle avec l'épiderme au ni-

---

(1) Jardon (J.-L.-H.), *Considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques sur l'ongle* (thèse de Paris, 1836, n° 101).

veau de la première réflexion de la peau sur l'ongle. Suivant Bichat, Béclard, Blandin, Ollivier (1), Jardon (2), Flourens (3), etc. etc., l'épiderme passerait au-dessus du corps de l'ongle jusqu'à son bord libre pour aller se continuer ensuite avec la pulpe des doigts, et, si on ne le voit pas le plus souvent, c'est qu'il a été détruit par le frottement. La terminaison par un rebord bien net de l'épiderme au devant de la ligne parabolique de réflexion du derme détruit cette opinion. Lauth et quelques autres anatomistes pensent qu'il n'abandonne jamais le derme; la continuation évidente de l'épiderme avec le bord postérieur de l'ongle prouve le contraire.

L'expérience indique la véritable disposition de l'épiderme; car si, à l'exemple d'Albinus, on laisse macérer un doigt pendant vingt-quatre heures dans un mélange de parties égales d'eau et d'acide acétique, on voit bientôt l'épiderme et l'ongle se détacher en même temps et se confondre en arrière au niveau du bord postérieur de la racine, et en avant au niveau de la partie antérieure de la lame profonde de l'ongle. En suivant le trajet de l'épiderme, on reconnaît qu'arrivé à la partie antérieure du repli de la peau sur l'ongle, il se prolonge d'un demi-millimètre sur la lame cornée, se réfléchit sous le repli cutané, et va s'identifier avec le bord postérieur de la racine. Sur les côtés de l'ongle, il se continue de même avec celui-ci; tandis qu'en avant au niveau du corps et de la portion libre il se continue manifestement avec la lame profonde du tissu unguéal.

3° *Connexions de l'ongle avec le corps muqueux.* A l'aide du même procédé que pour l'épiderme, mais seulement après deux ou trois semaines de macération, on peut étudier les connexions de l'ongle

---

(1) Dict. en 30 vol., t. XXII, p. 82, 2e édit.

(2) *Loc. cit.*

(3) Acad. des sciences, novembre 1838 (*Archives gén. de méd.*, t. III, p. 437, 3e série).

avec le corps muqueux, qui n'est que de l'épiderme, puisqu'il en forme la lame la plus profonde. On voit alors que le corps muqueux arrivé au bord postérieur de la lame cornée passe au-dessous d'elle, engaîne les papilles unguéales et va se continuer en avant et sur les côtés avec le corps muqueux de la pulpe des doigts.

H. *Structure.*

Les ongles sont formés de deux lames : une *lame superficielle,* dure et cornée, continuation de la lame externe de l'épiderme, et une *lame profonde,* molle et membraneuse, faisant suite au corps muqueux. Elles présentent ceci de remarquable, c'est qu'elles se séparent bien plus facilement que dans toute autre région du corps. Nous avons vu en effet que la macération détache en vingt-quatre heures la lame cornée de la lame profonde, qui ne peut s'enlever qu'au bout de deux ou trois semaines.

A la suite de l'avulsion accidentelle ou thérapeutique de l'ongle, les papilles unguéales ne sont pas mises à nu ; le corps muqueux, restant en place, continue de les protéger contre l'influence des agents extérieurs ; c'est ce qui explique pourquoi après l'arrachement total ou partiel de l'ongle la douleur, très-vive pendant l'opération, se calme très-vite.

Étudions maintenant la structure de chacune des deux lames qui constituent l'ongle. La lame interne présente les mêmes caractères que le corps muqueux ; elle offre un aspect granulé qui est surtout sensible sur les sujets chez lesquels on vient d'enlever la lame cornée. La lame superficielle offre la densité et l'aspect d'une corne. Elle n'est pas composée, comme le prétendent Blancardi, Gaultier, de fibres blanches longitudinales et serrées entre elles ; elle n'est pas non plus formée par l'agglutination de poils parallèles, comme le pense Ducrotay de Blainville, mais elle est constituée par des lamelles superposées qui, indépendamment des stries longitudinales, offrent des stries transversales et curvilignes. La macération permet

de séparer les lames qui constituent l'ongle et d'étudier la manière dont elles s'emboîtent et s'imbriquent. De la structure des ongles, il résulte qu'ils sont, comme les cornes et l'épiderme, un simple produit de sécrétion privé de vitalité, ne recevant ni vaisseaux ni nerfs ; leurs altérations sont donc toujours la conséquence de la lésion de l'organe formateur. « Vainement, dit M. Blandin (1), quelques médecins se révoltent-ils encore contre la doctrine de l'absence de la vitalité dans les ongles ; il n'est pas de fait mieux constaté dans l'état actuel de la science ; et tout ce qui a été répété sur les maladies des ongles proprement dits peut être remis au rang des nombreuses erreurs que l'absence de données anatomiques exactes a longtemps propagées. »

I. *Mode de développement.*

Pour bien étudier le mode de développement des ongles, il convient d'indiquer quelles sont les parties du derme qui les sécrètent. Rappelons à ce sujet que le derme unguéal comprend deux parties : une partie antérieure ou derme *sous-unguéal,* située au-dessous du corps de l'ongle, et une partie postérieure ou derme *rétro-unguéal,* qui enchâsse la racine ; c'est cette dernière partie que les auteurs ont plus spécialement étudiée sous le nom de *matrice de l'ongle.*

Suivant M. Sappey (2), l'ongle naîtrait de la partie blanche du derme unguéal, c'est-à-dire de celle qui entoure la racine de l'ongle et qui s'avance jusque sous la lunule. Cet auteur refuse au derme situé sous le corps de l'ongle toute espèce de participation à la formation du tissu unguéal. Comme conséquence de ce fait, il résulte, dit M. Sappey, que lorsque la partie postérieure du derme est détruite, l'ongle tombe, et toute régénération devient impossible.

---

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.,* t. XII, p. 167.

(2) *Traité d'anatomie descriptive,* t. II, p. 495.

M. le professeur Malgaigne (1) n'admettant pas que l'ongle adhère à sa matrice, veut que ce soit surtout la partie du derme située sous le corps de l'ongle qui sécrète ce dernier, et qui cause sa chute et ses difformités. L'inflammation et la suppuration de la matrice, dit-il, peuvent bien déterminer la minceur, la gracilité, la sécheresse, la fragilité et certaines inégalités de l'ongle, mais c'est à tort qu'on attribue à ces causes la chute de l'ongle.

Nos recherches nous permettent d'établir que ces deux opinions sont trop exclusives et que le derme unguéal concourt dans toute son étendue à l'élaboration de l'ongle; tel est aussi le résultat des recherches de MM. Jarjavay (2) et Richet.

« On ne peut saisir, en effet, dit M. Richet (3), aucune ligne de démarcation entre la portion du derme où s'insère la racine et celle que recouvre le corps de l'ongle; on observe partout des lignes de papilles régulièrement inclinées en avant, et dont le sommet paraît plongé dans la substance même de l'ongle, dont on ne les détache qu'avec difficulté, et non sans d'excessives douleurs. Toutes ces papilles sont destinées à la nutrition de l'ongle, et il est bien démontré aujourd'hui qu'il s'accroît non-seulement de sa racine à son bord libre, mais aussi par addition de couches successives qui s'appliquent sur sa face profonde dans toute sa longueur, à la manière des couches épidermiques. La croissance en longueur est prouvée par une remarque que tout le monde a pu faire : c'est que les taches blanches qu'on y observe, et mieux encore les petits épanchements sanguins qui succèdent si fréquemment aux pincements des doigts, se portent progressivement de la racine au bord adhérent, mettant ainsi plusieurs semaines à parcourir cet espace.

---

(1) *Traité d'anat. chir.*, t. II, p. 504; 1858.

(2) *Loc. cit.*, p. 433.

(3) *Traité prat. d'anat. médic.-chir.*, p. 10; 1857.

« Quant à la croissance par couches stratifiées, elle est démontrée par l'épaisseur de plus en plus considérable des ongles, de leur racine à leur bord libre ; par la minceur comparative qu'ils conservent lorsqu'ils sont dépourvus d'adhérences dans toute leur partie antérieure, et qu'ils sont produits exclusivement par ce qu'on appelait autrefois la *matrice;* et enfin par cette circonstance, qui n'est point rare, de voir les papilles, les plus rapprochées de l'extrémité des doigts, surexcitées dans leur sécrétion, donner naissance à des couches cornées, épaisses et irrégulières, qui soulèvent celles qui progressent d'arrière en avant, s'y adjoignent, et donnent ainsi à l'ongle, antérieurement, une épaisseur quatre à cinq fois plus considérable qu'à sa racine. »

Ce mode de formation et d'accroissement des ongles de bas en haut par le derme sous-unguéal, et de haut en bas et d'arrière en avant par le derme rétro-unguéal, explique les faits suivants :

1° La minceur de la racine de l'ongle et l'épaisseur du corps d'autant plus grande, qu'on approche de sa partie antérieure ;

2° La présence des stries cheminant d'arrière en avant, et des lamelles superposées à la manière d'écailles;

3° La tendance naturelle qu'ont les ongles à s'infléchir vers le pulpe des doigts et des orteils, ainsi qu'à présenter des courbures transversales ;

4° La facilité et la régularité de la déchirure de l'ongle dans le sens transversal, la difficulté et l'irrégularité des déchirures dans le sens longitudinal.

Quant aux proportions suivant lesquelles croissent les ongles, le professeur Berthold (1) conclut d'expériences faites sur lui, que les ongles croissent de 2 à 3 millimètres par mois; que l'été est l'époque la plus favorable à l'accroissement, et que les doigts auriculaires sont ceux où la reproduction est la plus rapide.

---

(1) *Archives gén. de méd.* (*Remarques sur les proportions suivant lesquelles croissent les ongles chez l'homme,* par le professeur Berthold, 1811, § 1, p. 211).

De l'étude du mode de formation d'accroissement des ongles, M. Beau (1) a pu tirer certains caractères de séméiologie rétrospective. Il a constaté d'abord que la longueur des ongles augmente de 1 millimètre par semaine pour les doigts et de 1 millimètre par mois pour les orteils, ce qui fait que l'ongle du pouce demande cinq mois et l'ongle du gros orteil vingt-quatre mois pour pousser entièrement. Mais son attention s'est principalement portée sur les stries transversales de la face dorsale des ongles. Il a remarqué qu'elles étaient beaucoup plus prononcées chez les gens dont la nutrition avait été plus ou moins altérée ; qu'elles étaient d'autant plus larges et profondes que la maladie avait été longue et grave, et que leur siége pouvait indiquer l'époque de son apparition.

M. Beau a pu ainsi indiquer, par l'examen des stries transversales, l'intensité, l'époque, la durée, et, dans certains cas, la nature (2) des maladies du sujet soumis à son observation.

A l'époque où nous étions attaché au service de ce savant médecin, à l'hôpital Cochin, nous avons été à même de faire ces remarques importantes dont l'exactitude est beaucoup plus frappante qu'on ne le pense généralement.

J. *Époque de la formation des ongles.*

Ce n'est que du troisième au quatrième mois de la vie intra-utérine que les ongles commencent à se former. A cette époque, la peau qui recouvre l'extrémité des doigts des orteils se creuse en une rainure où viennent se déposer les cellules qui doivent former l'ongle. Chez le fœtus et chez l'enfant naissant, on retrouve dans la lame interne de l'ongle les cellules primitives avec un noyau, qui doivent constituer plus tard le corps muqueux.

---

(1) *Archives gén. de méd.* (*Notes sur certains caractères de séméiologie rétrospective présentée par les ongles*, 1846, p. 447).

(2) Telle est aussi l'opinion de M. le Dr Jamain (*Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive*, 1853, p. 616).

K. *Usages.*

Les ongles servent de protection et de soutien à la pulpe des doigts et des orteils; ils aident les premiers à saisir et à pincer les corps de petit volume et à diviser ceux qui n'ont que peu de consistance. Les ongles des orteils servent à affermir les pieds dans les mouvements de progression. Dans certains animaux, ils sont des moyens puissants d'attaque et de préhension. L'homme civilisé, qui sait se créer par son intelligence des armes pour se défendre, se coupe l'extrémité libre des ongles qui ne sont d'ailleurs chez lui qu'à l'état de vestige. Chez certains peuples qui abandonnent les ongles à leur tendance naturelle, ceux-ci s'allongent, se recourbent et se rapprochent de la forme des griffes. L'ongle proprement dit n'appartient qu'à l'homme et au singe, et encore chez ce dernier se rapproche-t-il de la griffe. La distinction des mammifères en ongulés et en unguiculés est extrêmement naturelle et se trouve en quelque sorte représentée dans tous les autres systèmes d'organes par des différences corrélatives et constantes.

L. *Vices de conformation.*

Les ongles peuvent manquer entièrement ou présenter un arrêt plus ou moins grand dans leur développement, ce qui quelquefois paraît héréditaire. On les a vus bifurqués, avec une surface ondulée, inégale. Certains individus ont présenté l'extrémité libre de l'ongle recourbé en haut et en arrière, vice de conformation qui, comme nous l'avons vu, peut enflammer le derme unguéal et causer la chute de l'ongle. Enfin, dans quelques cas rares, ils tombent spontanément sans cause et sans altération appréciables.

SECONDE PARTIE.

De l'onyxis ulcéreuse sous-unguéale rebelle.

Avant de décrire la maladie qui fait le sujet de cette thèse et de citer les observations qui nous ont permis d'en faire l'histoire, il convient d'entrer dans quelques détails au sujet de la pathologie des ongles en général.

Puis, comme la variété morbide que nous étudions sous le nom d'*onyxis ulcéreuse sous-unguéale rebelle* n'a pas été jusqu'à ce jour étudiée séparément, il est nécessaire de donner l'énumération des diverses maladies de l'ongle ainsi que l'indication de leurs principaux caractères, afin de bien isoler l'affection qui nous occupe et lui assigner une place dans le cadre nosologique des affections de l'ongle.

A l'article *Diagnostic,* nous donnerons de plus amples détails au sujet de la distinction de l'onyxis ulcéreuse sous-unguéale rebelle avec les autres affections de l'ongle.

Considérations générales sur la pathologie des ongles.

Un fait important domine l'étude de la pathologie de l'ongle : c'est que celui-ci étant un corps inorganique et un produit sécrété, ne peut être séparé au point de vue pathologique de l'organe sécréteur ou du derme qui l'avoisine ; car l'état de maladie supposant nécessaire l'état d'organisation, le derme unguéal peut seul être malade, et les ongles proprement dits ne peuvent présenter que des modifications physiques, chimiques ou mécaniques (1).

---

(1) Voy. p. 21.

Ollivier (1), Blandin (2), Royer-Collard (3), et MM. Fabre (4) et Lélut (5), ne donnent le nom de *maladies de l'ongle* qu'aux lésions du derme unguéal, ils admettent que l'état morbide appartient uniquement à ce dernier. Toutefois, comme il arrive presque toujours que l'altération de l'ongle lui-même suit celle de la peau, les auteurs se sont appesantis sur ce fait, ont pris le symptôme pour la maladie, du moins dans le langage chirurgical.

Quant à nous, sous la dénomination générale d'*affection des ongles*, nous comprendrons toutes les altérations qui peuvent occuper exclusivement le tissu de l'ongle proprement dit, ainsi que toutes les maladies du derme unguéal.

Classification et indication des principaux caractères des affections de l'ongle.

Les anciens médecins réunissaient toutes les altérations qui peuvent occuper l'ongle en une seule maladie. Celse (6) l'appelait *ptérygion*. Suivant Paul d'Éegine (7), les Grecs lui donnaient le nom de *paronychia*, et les Latins celui de *reduviæ*. Fabrice d'Aquapendente (8) appelle la maladie des ongles indifféremment *ptérygion, paronychia, reduvia, panaris*. Astruc (9) est un des premiers qui a donné une bonne description des maladies des ongles, qu'il désigne sous le nom d'*onglade ;* Plenck (10) les réunit toutes sous le nom d'*unguium corruptio ;* Wardrop (11) les appelle

(1) *Loc. cit.*, p. 85.
(2) *Id.*, p. 167.
(3) *Répert. gén. d'anat. et de physiol.*, t. I, p. 109; 1826.
(4) *Dict. des dict. de méd.*, t. VI, p. 39; 1841.
(5) *Répert. gén. d'anat. et de physiol.*, t. III, p. 131; 1827.
(6) *De Re medica*, l. VI, ch. 10.
(7) Liv. III, p. 270.
(8) *Œuvres chirurg.*, ch. 103, p. 824, 2e partie.
(9) Liv. IV, ch. 1, p. 41.
(10) *De Morbis venereis*, p. 75.
(11). In *Med. chir. transact. of London*, t. V, p. 129; 1814.

onychia maligna. Ces mots ont été remplacés ensuite par celui *d'ongle rentré dans les chairs*, que lui donna Desault, celui d'*ongle incarné*, prôné par Monteggia, et enfin Hipp. Royer-Collard préfère la dénomination d'*incarnation de l'ongle*. Dans la première moitié de ce siècle, ces expressions ont été remplacées par le mot *onyxis*, qui résume à lui seul toutes ces variétés morbides.

C'est à tort que l'on a ainsi confondu et que l'on confond encore des états qui, bien qu'ayant certaines analogies, méritent néanmoins une description spéciale et des titres différents. Aussi quelques auteurs ont-ils cherché à admettre plusieurs variétés; nous allons résumer leurs travaux et en dernier lieu donner la classification des affections de l'ongle qui nous a paru la plus logique et la plus complète.

Royer-Collard n'admettant pas que les ongles proprement dits puissent être malades, mais seulement la peau qui les environne, décrit sous le nom de *maladie de la peau qui entoure les ongles* tout ce qui touche à la pathologie de ces derniers. Il propose plusieurs variétés suivant la cause de l'inflammation, qu'il divise en inflammation de la peau par cause externe débutant par l'ongle, et en inflammation par cause interne débutant par la peau; enfin cet auteur, comme Dupuytren, donne la préférence à la division basée sur le siége de l'altération.

Dupuytren fut, en effet, le premier qui, à l'aide de ses nombreuses observations cliniques, établit une distinction bien marquée entre les diverses maladies des ongles. Prenant pour base leur siége, il les divise en deux parties, suivant qu'elles occupent les parties extrêmes et latérales du doigt (*ongle incarné*, — *onyxis latéral*. — 1re *variété*), ou bien qu'elles affectent le repli postérieur de la peau qui enchâsse la racine de l'ongle (*onyxis des auteurs, onyxis sous-unguéal et onyxis rétro-unguéal*. — 2e *variété*); selon que la maladie résulte de

(1) *Loc. cit.*

la pression réciproque de l'ongle et de la peau voisine, ou bien qu'elle débute par l'inflammation du derme rétro-unguéal.

M. Lelut (1), dans un travail remarquable sur l'anatomie et la pathologie de l'*onglade*, admet la division de Dupuytren ; il désigne la deuxième variété de ce professeur, c'est-à-dire l'altération de la matrice, sous le nom d'onglade, qu'il divise elle-même suivant la présence ou l'absence de l'inflammation de la peau en *alopécie unguéale* et en *onglade* proprement dite.

La division de Dupuytren est admise presque sans changements par les pathologistes contemporains. M. Jobert de Lamballe (1) l'accepte, seulement il donne le nom d'onyxis à la deuxième variété et celui d'ongle rentré dans les chairs à la première. M. le professeur Nélaton (2) adopte les mêmes divisions, mais il admet deux espèces d'onyxis, l'onyxis traumatique ou aiguë et l'onyxis spontanée ou chronique.

Nous croyons qu'il convient d'étendre le cadre nosologique des affections des ongles et de comprendre sous ce titre, non-seulement les altérations de la peau qui les avoisine, mais encore les modifications que l'ongle peut subir dans l'épaisseur même de son tissu, sans lésion apparente du derme sous-jacent, modifications que les auteurs n'ont étudiées que superficiellement.

Il existe en effet des différences notables entre ces deux classes d'altérations : les premières ont leur siége sur la peau qui avoisine l'ongle, et sont caractérisées par l'état inflammatoire et douloureux de cette partie ; les secondes, au contraire, occupant l'ongle proprement dit, ne sont jamais accompagnées d'inflammation et très-rarement de douleurs. Je veux bien admettre que le tissu unguéal ne présente pas de maladies réelles, comme le veulent la plupart des auteurs, mais les ongles peuvent présenter des modifications chimiques et mécaniques, qui, pour n'être pas inflammatoires, n'en

---

(1) *Gazette des hôpit.*, 7 octobre 1858.

(2) *Éléments de pathol. chirurg.*, t. V, p. 980; 1859.

sont pas moins des altérations réelles qui doivent rentrer dans le cadre des affections des ongles.

Dans sa division des inflammations de la peau des ongles, Dupuytren n'admet que l'altération de la partie de la peau située en avant et latéralement, ainsi que l'inflammation de la matrice qui, pour lui, n'est constituée que par le derme rétro-unguéal. Il ne parle pas de l'inflammation du derme situé sous le corps de l'ongle, inflammation qui n'a pas été non plus étudiée isolément par les auteurs contemporains. Pour remplir cette lacune, nous proposons d'admettre une troisième variété d'inflammation du derme sous le nom d'*onyxis sous-unguéale*. Cette variété présente, en effet, des caractères particuliers au point de vue pathologique et thérapeutique. Il y a donc trois variétés dans l'inflammation du derme unguéal, auxquelles nous donnons les dénominations suivantes : 1° *onyxis latérale;* 2° *onyxis rétro-unguéale;* 3° *onyxis sous-unguéale.* Cette dernière variété présente des différences suivant qu'elle est simple ou aiguë, chronique ou ulcéreuse; dans ce dernier cas, elle tend rarement à la guérison, ce qui fait que nous l'avons appelée *onyxis ulcéreuse sous-unguéale rebelle.* C'est cette dernière affection que nous avons spécialement étudiée, et qui nous a fourni le sujet des observations que nous citons à la fin de cette thèse.

De tout ce qui précède résulte la classification suivante :

A. *Altérations de l'ongle proprement dit, ayant pour siége le tissu unguéal, sans lésion appréciable de la peau qui le sécrète,* comprenant :

1° Les modifications de couleur, de forme, de consistance et de direction des ongles, dues à l'exercice de certaines professions, au contact des acides et des alcalis, etc. ;

2° Les modifications de forme occasionnées par certaines maladies (1) (phthisie, scrofules, maladies chroniques);

---

(1) Voy. p 18.
(2) Voy. p. 36.

3° L'Alopécie unguéale (2);

4° Les taches blanches des ongles et leurs vices de conformation (1).

B. *Altération de la peau des ongles, débutant soit par l'ongle, soit par la peau, et présentant toujours de l'inflammation et de la douleur,* divisées en :

1° Onyxis latéral (ongle rentré dans les chairs, ongle incarné, incarnation de l'ongle);

2° Onyxis rétro-unguéale (onyxis des auteurs);

3° Onyxis sous-unguéale, comprenant :

a. L'onyxis sous-unguéale simple,

b. L'onyxis sous-unguéale ulcéreuse rebelle;

4° Onyxis par maladie diathésique (psoriasis invétéré, lèpre, scorbut, chloro-anémie, syphilis, etc.).

Principaux caractères des affections des ongles.

Les modifications de forme, de couleur, etc., des ongles dues à l'exercice de certaines professions et au contact de certaines substances sont trop variables pour qu'on puisse les caractériser.

Les modifications que certaines maladies déterminent dans la conformation des ongles ont été étudiées à propos de leur forme.

L'alopécie unguéale a été pour la première fois décrite par M. F. Lélut (2). Il désigne sous ce nom la chute spontanée des ongles sans altération pathologique appréciable du derme qui les produit. Nous ferons, d'après cet auteur, la description de l'alopécie unguéale. L'extrémité des doigts ne présente ni rougeur, ni gonflement, ni douleur; il n'existe aucune apparence de suppuration; l'ongle devient opaque, d'un blanc jaunâtre, et plus épais; les sillons longitudinaux de sa surface se creusent davantage; enfin cette lame cornée

---

(1) Voy. p. 30.

(2) *Loc. cit.*, p. 133.

se détache d'une seule pièce, sans que sa chute détermine la moindre douleur, ni le moindre écoulement de sang. La pulpe sous-jacente n'est point plus rouge ou saignante, et le peu de sensibilité qu'y développe le contact porte à penser qu'un épiderme très-mince la recouvre. L'ongle tombé n'est plus remplacé par un nouveau ou d'autres productions cornées. Les observations de MM. Cullerier et Lélut laissent au moins dans le doute sur la question de savoir si cette alopécie unguéale est syphilitique.

Les vices de conformation ont été étudiés à la fin de l'anatomie des ongles.

Les inflammations du derme sont beaucoup plus fréquentes que les altérations précédentes et présentent des caractères importants à étudier. Nous allons les signaler avec soin, car le mode de traitement varie avec chacune d'elles.

L'*onyxis latérale* ou l'ongle incarné présente les caractères suivants : Il est dû à des causes mécaniques extérieures auxquelles l'économie est totalement étrangère telles que les chaussures trop étroites, la mauvaise conformation des orteils, l'habitude de couper les ongles trop courts et circulairement, etc. Alors l'ongle pénètre dans l'épaisseur de la peau, agit comme un corps étranger, détermine du gonflement, de la rougeur, un suintement séro-sanguinolent et enfin une gêne excessive dans la marche. Cependant l'ongle s'altère rarement, conserve sa coloration et ne lèse les parties molles qu'au point où il les pénètre.

Cette infirmité ne se rencontre qu'aux pieds et spécialement à la partie interne du gros orteil ; elle nécessite toujours l'intervention du chirurgien qui doit pratiquer l'avulsion totale ou partielle de l'ongle suivant l'intensité de la maladie.

L'*onyxis rétro-unguéale,* que les auteurs ont étudié simplement sous le nom d'onyxis, offre des caractères bien différents. Il se présente soit à l'état aigu, soit à l'état chronique.

L'onyxis rétro-unguéale aiguë est due plus souvent à une cause

traumatique; très-peu de temps après l'accident, il se produit une douleur très-vive, de la suppuration qui décolle l'ongle, détermine sa chute et laisse à nu un derme plus ou moins enflammé; d'autres fois l'ongle malade, chassé au devant de lui par un ongle de nouvelle formation, tombe sans causer aucune douleur. Lorsque l'inflammation est très-violente, le pus présente une fétidité très-grande, l'ongle de nouvelle formation est difforme et irrite sans cesse le derme sous-jacent. L'onyxis rétro-unguéale aiguë cède ordinairement à l'emploi des antiphlogistiques.

Il n'en est pas de même de l'onyxis rétro-unguéale chronique qui se développant, et le plus souvent sous l'influence d'une diathèse morbide, présente des phénomènes inflammatoires tellement intenses, qu'elle nécessite l'avulsion de la lame cornée et même l'ablation de la matrice.

L'*onyxis sous-unguéale* peut être aussi aiguë ou chronique, simple ou ulcéreuse; lorsqu'elle est simple, elle présente les mêmes caractères que l'onyxis rétro-unguéale aiguë, seulement au niveau du corps de l'ongle. Elle offre cependant ceci de remarquable que l'ongle conserve ses adhérences et sa couleur.

Mais, lorsque l'inflammation sous-unguéale, sous l'influence d'une funeste prédisposition de l'économie, dégénère en une ulcération, la maladie est ainsi caractérisée. Au-dessous du bord de l'ongle aminci et décollé on trouve une ulcération à fond grisâtre, à bords taillés à pic, et produisant un pus très-fétide; l'ongle, agissant comme corps étranger, comprime les parties enflammées et irrite constamment la plaie. Du reste en raison du mauvais état de l'économie, l'ulcération tend rarement à se cicatriser, il est alors indispensable d'enlever l'ongle et de cautériser les parties malades.

Il peut exister, au niveau des ongles, comme sur toute autre région du corps, certains phénomènes morbides dépendant d'une affection diathésique, comme l'eczéma chronique, la teigne, la lèpre, le psoriasis invétéré et la syphilis, mais alors les altérations de l'on-

gle ne sont qu'un symptôme de ces diverses affections, et ne constituent pas une maladie spéciale à l'ongle.

Cependant il est bon d'indiquer les caractères de deux d'entre elles qui sont les plus fréquentes et qui ont été étudiées sous le nom de *psoriasis unguium* et d'*onyxis syphilitique*.

Le psoriasis unguium a été bien étudié par M. Biett et M. Cazenave (1), qui le décrit ainsi : « Les ongles perdent leurs transparence, deviennent cassants, prennent une teinte d'un jaune sale de plus en plus prononcé ; leurs extrémités se recourbent et se brisent ; leur surface est parsemée de saillies irrégulières, quelquefois ils sont complétement remplacés par une petite masse de matière squameuse, grisâtre, tout à fait informe. »

L'onyxis syphilitique n'est pas admise par tous les auteurs. Les uns voient en elle une expression directe de la diathèse, les autres, seulement un résultat de l'affaiblissement causé par la syphilis. La vérité est que l'altération n'offre rien de caractéristique, et que l'efficacité du traitement antisyphilitique peut seul prouver que l'ulcération sous-unguéale est due à la vérole.

DÉFINITION.

L'onyxis ulcéreuse sous-unguéale rebelle est une forme spéciale de l'inflammation du derme situé au-dessous du corps, survenant le plus souvent sans cause, comme sur des sujets affaiblis et n'ayant aucune tendance à la guérison.

HISTORIQUE.

Certains auteurs sous le nom d'*onglade* (Lélut, Astruc), d'*onycha maligna* (Wardrop), d'*onyxis chronique* (Ollivier, Blandin, MM. Fabre

---

(1) *Annales des malad. de la peau*, 1859, p. 131.

et Nélaton), ont bien signalé dans l'inflammation du derme unguéal une certaine tendance à l'ulcération, mais d'une manière vague et mal caractérisée. De plus, tous ont placé le point de départ de l'inflammation dans l'altération de la matrice, et n'indiquent pas que le derme situé au-dessous du corps peut s'enflammer et s'ulcérer isolément sans que la matrice participe à l'inflammation.

M. le professeur Gosselin est le premier qui ait bien caractérisé l'onyxi ulcéreuse sous-unguéale, dans ses leçons cliniques à l'hôpital Cochin (août 1855). L'observation de plusieurs cas d'ulcération sous-unguéale, réunis alors dans son service, lui permit d'établir les caractères morbides et le mode de traitement de cette nouvelle lésion. Une de ces observations rédigée par M. Tillaux (1), interne du service, fut publiée en mai 1859.

Enfin l'étude de quatre observations nouvelles que nous avons pu recueillir dans le service de M. Gosselin, nous ont mis à même de compléter l'histoire de cette affection.

ÉTIOLOGIE.

L'onyxie ulcéreuse peut être produite spontanément ou par une cause extérieure, telle que coups, piqûre, contusion, compression, déchirure, etc..... Pour que la violence extérieure produise une plaie qui s'ulcère, il faut que le sujet soit atteint d'une disposition particulière, ou d'une viciation générale de l'économie. Telle est l'opinion de Royer-Collard et de M. Gosselin. En effet, on remarque ces ulcérations rebelles, surtout chez les enfants délicats, les sujets affaiblis par des travaux, des excès violents, des diathèses, etc. C'est à cette prédisposition, causée par l'état de débilité de l'économie, que sont dues les ulcérations sous-unguéales que présentent les sujets syphilitiques, et non comme l'ont pensé certains auteurs,

---

(1) *Journal du progrès*, 1859, p. 493.

à la syphilis elle-même. L'onyxis ulcéreux peut aussi être due à une mauvaise hygiène, telle que la privation d'air et d'une bonne alimentation. Il en est de même de l'exercice de certaines professions qui placent les ongles dans un contact habituel avec certaines substances qui peuvent les altérer, comme les acides et les alcalis; telles sont les professions d'égoutiers, de cuisiniers (voir obs. 1re, p. 48), de laveuses de lessives, de teinturiers, de corroyeurs, fabricants de couleurs, etc. etc.....

SYMPTÔMES.

Lorsque la maladie est causée par une violence extérieure, il survient sous l'ongle une plaie qui bientôt s'ulcère, ce qu'on reconnaît à la production d'un pus fétide (voir obs. 4, p. 52) et grisâtre qui s'écoule de dessous la lame cornée ; l'ongle se décolle, et, lorsqu'on le soulève, laisse voir l'ulcération sous-unguéale qui forme la lésion caractéristique de la maladie. L'ulcération, sans cesse irritée par le contact de l'ongle qui agit comme corps étranger, détermine des douleurs intolérables; la peau qui entoure l'ongle se gonfle, forme au-dessus de la racine un bourrelet inflammatoire (voir obs. 4, page 52); l'ulcération s'agrandit et peut gagner tout le derme sous-unguéal. La marche et le travail manuel sont rendus impossibles et bientôt l'intensité des douleurs et le peu de tendance que l'ulcération a à se cicatriser forcent le malade à recourir au chirurgien. Si l'opération n'est pas faite de bonne heure, l'ongle, dont l'organe sécréteur est altéré, se déforme, s'amincit, très-rarement s'épaissit, et en même temps l'ulcération gagne en profondeur.

Si l'ulcération se développe sans cause appréciable, et c'est ce qui arrive le plus souvent, elle détermine des accidents moins intenses et qui se succèdent avec moins de rapidité. Comme dans ce cas elle est due probablement à une cause générale, elle est sujette à réci-

dive, et siége ordinairement sur plusieurs ongles à la fois. L'ulcération sous-unguéale spontanée débute par une douleur très-vive, bientôt l'ongle devient très-douloureux à la pression et est soulevé par le pus qui découle de la plaie. Le bourrelet circulaire postérieur présente aussi des ulcérations qui vont gagner celle qui est située sous le corps de l'ongle : ces ulcérations saignent au moindre contact (voir obs. 4, page 52).

Après l'opération, la cicatrisation est d'autant plus rapide que le sujet jouit d'une bonne constitution ; en général, elle est lente chez les gens débilités et surtout chez ceux où la maladie survient sans cause appréciable. Le plus souvent, la cicatrisation ne se fait pas attendre plus de deux à trois semaines.

La douleur qui suit l'avulsion de l'ongle est très-vive, mais ne dure pas plus de deux jours. Après l'ablation de l'ongle, on trouve une ulcération limitée au derme sous-unguéal, s'étendant rarement jusqu'au derme rétro-unguéal. Ces ulcérations sous-unguéales siégent aux doigts et aux orteils, plus souvent au pouce et au gros orteil. Elles sont taillées à pic, à fond grisâtre (voir obs. 1re, p. 48), ce qui a fait croire qu'elles étaient dues à la syphilis. Dans l'onyxis ulcéreuse sous-unguéale, la chute de l'ongle est très-rare. Le mode de reproduction de l'ongle se fait, d'après M. Lélut (1), de la manière suivante : de larges productions cornées ne tardent pas à remplacer l'ongle arraché. On voit alors au niveau de la matrice de petites lamelles jaunâtres, d'abord assez molles, confondues pendant quelque temps avec des croûtes de pus desséché ; elles sont environnées d'un bourrelet inflammatoire. Elles repoussent ordinairement d'avant en arrière et de bas en haut, et même quelquefois perpendiculairement ; elles peuvent partir du milieu ou des angles de la matrice. La lame cornée continue à croître comme un véritable ongle, mais sans recouvrir la pulpe du doigt, et il faudra la couper

(1) *Loc. cit.*, p. 135.

souvent pour l'empêcher de dépasser le niveau de la face dorsale du doigt.

La plaie qui environne les productions cornées est d'une grande sensibilité, le moindre contact la fait saigner.

DIAGNOSTIC.

La présence de l'ulcération limitée au derme sous-unguéal, le décollement de l'ongle qui tombe rarement, la marche chronique de la maladie, le peu de tendance à la cicatrisation suffisent pour caractériser l'onyxis ulcéreuse sous-unguéale rebelle.

Je ne chercherai pas à la distinguer des maladies non inflammatoires de l'ongle, de ses altérations qui n'atteignent que le tissu de la lame cornée, sans altérer les parties voisines ; l'absence de la douleur et de l'inflammation circumunguéale suffit à distinguer l'onyxis ulcéreuse.

Le début de la maladie au niveau de l'ongle incarné, la cause de l'altération, la distingue de l'ongle incarné, qui ne siége du reste qu'aux orteils.

L'onyxis syphilitique s'en distingue par l'efficacité du traitement mercuriel et ioduré et les autres phénomènes concomitants de la vérole.

La présence des squames situées au-dessous de l'ongle et les autres phénomènes du psoriasis (1) ne permettent pas de confondre l'onyxis ulcéreuse avec le psoriasis unguium ; il en sera de même pour les autres affections cutanées qui peuvent altérer l'ongle.

Le siége de la lésion au niveau du bord postérieur de l'ongle, son

---

(1) Le psoriasis est une affection cutanée non contagieuse, apyrétique, chronique, caractérisée par le développement, sur différentes parties du corps, d'un nombre plus ou moins considérable de plaques squameuses, de forme, de dimensions variables, plus ou moins élevées au-dessus du niveau de la peau, et constituées par des squames minces, d'un blanc chatoyant ou grisâtre, superposées les unes au-dessus des autres (*Compendium de méd. prat.*, t. VII, p. 206).

décollement fréquent, indiqueront l'existence de l'onyxis rétro-unguéale.

L'inflammation chronique simple du derme situé au-dessous de l'ongle est l'affection qui se rapproche le plus de celle que nous décrivons ; l'existence de l'ulcération pourra seule les distinguer.

PRONOSTIC.

L'onyxis ulcéreuse sous-unguéale n'est pas une maladie grave, si elle est soignée énergiquement ; dans le cas contraire, elle peut durer des mois et des années sans aucune tendance à la guérison.

En général, elle offre d'autant plus de gravité que le sujet est plus affaibli et qu'elle survient spontanément ; car nous avons vu que, dans ce cas, elle tenait le plus souvent à une viciation générale de l'économie ou à une diathèse.

TRAITEMENT.

Très-rarement l'onyxis ulcéreuse sous-unguéale rebelle guérit sans l'intervention du chirurgien ; le plus souvent, au contraire, l'ulcération ne présente aucune tendance à la guérison et nécessite l'opération.

Les antiphlogistiques ordinaires, tels que bains locaux, cataplasmes, topiques calmants, sangsues, etc., sont généralement insuffisants ; il faut procéder le plus vite possible à la cure radicale, c'est-à-dire à l'ablation de l'ongle, qui, à la manière d'un corps étranger, irrite la plaie, entretient la suppuration et rend la cicatrisation impossible.

Le traitement que préconise M. le professeur Gosselin, et qui lui a toujours réussi, consiste dans l'avulsion de l'ongle, suivie immédiatement de la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Comme l'opération est extrêmement douloureuse, il convient d'anesthésier la partie malade ; on y arrive par différents moyens. M. Gosselin emploie indifféremment le chloroforme, ou l'anesthésie

locale par la congélation. Bien que l'opération soit de courte durée, on peut faire usage du chloroforme qui ne sera point à redouter, si on a soin de le donner par doses intermittentes, et de rappeler les contractions du diaphragme et des muscles intercostaux par la succussion violente de la poitrine, comme le pratique M. Gosselin dans le cas d'une grande absorption de l'agent anesthésique.

Toutefois l'anesthésie locale est préférable; on peut la produire de différentes manières, soit à l'aide d'un mélange frigorifique formé de deux parties de sel marin et trois parties de glace, soit à l'aide du procédé employé par M. le Dr Martenot, de Cordoue (1), médecin-major à l'hôpital Saint-Jacques de Besançon, dont voici la description :

« Je fais, dit M. le Dr Martenot, à la base de l'orteil, une assez forte compression à l'aide d'une ligature, puis j'applique pendant quinze à vingt minutes une couche assez épaisse de charpie, imbibée de chloroforme camphré, et recouverte d'un linge épais, ou mieux encore d'une toile cirée, pour empêcher l'évaporation trop rapide; le camphre se dissout avec une extrême facilité dans le chloroforme, il ne faut pas en mettre jusqu'à saturation; on peut l'employer presque à parties égales : je me contente de mettre 20 grammes de camphre, pour 30 grammes de chloroforme. Du reste, il n'y a pas de règle absolue ou pour la quantité de camphre à employer, ou pour la durée de l'application de ce mélange. Le chirurgien s'assure, en piquant l'orteil avec une épingle, que la sensibilité a disparu, et choisit le moment de l'opération. Le chloroforme camphré, joint à la ligature, amène l'anesthésie locale d'une manière parfaite, et permet d'achever l'opération de l'ablation de l'ongle sans que le malade s'en aperçoive. »

M. Claisse (2), de Saint-Valérien (Yonne), associe de même le camphre à un liquide anesthésique.

---

(1) *Gazette des hôpit.*, 6 août 1860 (anesthésie locale produite au moyen de la ligature et du chloroforme camphré).

(2) *Gazette des hôpit.*, 6 août 1861.

Quand ce médecin a à faire de petites opérations, il prend un petit flacon dans lequel il introduit le tiers de sa capacité de camphre pulvérisé, puis il achève de le remplir avec de l'éther sulfurique. La solution faite, il s'en sert pour frictionner légèrement à l'aide d'une petite éponge, fixée à une tige de baleine, pendant une minute environ, le point sur lequel l'instrument doit agir.

On peut produire la coagulation par l'un ou l'autre de ces procédés, mais on préfère généralement le mélange de trois parties de sel marin et de deux parties de glace pilée.

On place ce mélange dans un petit sac de gaze qu'on applique autour du doigt, de manière à ce qu'il soit touché sous toutes ses faces; au bout de cinq minutes, la coagulation est produite, l'anesthésie alors n'est pas bornée à la peau et aux parties superficielles, elle est profonde, le sang est coagulé dans les vaisseaux, le bistouri crie sur les couches qu'il divise; il n'y a pas d'hémorrhagie, la peau est blanche, crispée; en un mot, l'orteil est transformé dans sa totalité, en un véritable glaçon; il est rigide, et sonne comme un corps dur lorsqu'on le frappe avec un stylet.

Quelques médecins redoutent la coagulation, à cause de la mortification qu'elle peut produire dans les tissus. Cette crainte n'est pas fondée; bientôt la circulation et la chaleur reviennent peu à peu, il s'écoule quelques gouttes de sang; puis survient une douleur assez vive et une légère réaction inflammatoire. Quelquefois cependant, cette réaction peut devenir plus violente, surtout chez les femmes à peau fine et délicate, mais le plus souvent l'application de quelques cataplasmes en triomphe facilement.

La coagulation produite, on pratique l'avulsion de l'organe par le procédé de Dupuytren qui est le plus généralement adopté, et dont voici la description :

« J'engage, dit ce chirurgien, sous la partie moyenne du bord libre de l'ongle, la pointe d'une branche de ciseaux droits, solides, et bien affilés, je les fais glisser par un mouvement rapide jusqu'à la racine, et divise d'un seul coup cette partie en deux moitiés à peu

près égales. Saisissant alors une pince à disséquer, j'arrache successivement et brusquement, les deux moitiés de l'ongle en les enroulant sur elles-mêmes, de dedans en dehors » (1).

Dupuytren et M. Velpeau prétendent que cette opération n'est pas douloureuse; quant à nous, tous les malades que nous avons vu opérer, nous ont dit avoir beaucoup souffert pendant l'opération.

Après l'avulsion de l'ongle, M. Gosselin pratique la cautérisation avec le nitrate acide de mercure; une seule cautérisation suffit généralement, et au bout de quatre ou cinq semaines le sujet peut marcher, ou se servir de la main malade.

Lorsqu'on a cautérisé, on place sur la plaie un linge troué, enduit de cérat simple, qu'on peut opiacer lorsque la douleur est excessive.

Lorsque les malades redoutent trop les douleurs de l'arrachement, on a eu recours à l'application des caustiques, mais leur efficacité est généralement moindre que celle de l'avulsion de l'ongle en totalité; elle a du reste le grand inconvénient de détruire souvent les papilles du derme unguéal, et par conséquent, d'empêcher la reproduction de l'ongle.

Du reste, voir pour plus de détails au sujet de l'application des caustiques, le *Traité de médecine opératoire* de M. Velpeau, t. I, p. 457.

Il va sans dire que, si on reconnaît à l'onyxis ulcéreuse une cause générale ou diathésique, on devra la combattre par un traitement approprié.

---

(1) *Leçons orales de Dupuytren*, t. IV, p. 392, 2e édit.

Observations.

OBSERVATION Ire.

Onyxis ulcéreuse des deux pouces.

(Service de M. Gosselin.)

Le 3 août 1855, la fille S..... (Honorée), domestique, âgée de 23 ans, née à la Bastide (Gironde), est entrée à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le professeur Gosselin. Elle dit souffrir du pouce de la main droite depuis un mois, et du gauche depuis vingt jours. A ce moment, ces deux doigts avaient depuis longtemps des crevasses assez profondes qui étaient entretenues par l'eau seconde dont elle se servait pour le nettoyage du garni où elle travaillait comme domestique.

A son entrée à l'hôpital, elle présente, sur le contour de chacun des ongles et au-dessous d'eux, une ulcération à fond grisâtre, à bords taillés à pic, entourée d'une auréole rouge recouverte par l'ongle, qui n'est plus adhérent que par la peau formant le cul-de-sac appelé *matrice*.

5 août. M. Gosselin pratique l'arrachement des deux ongles après chloroformisation; il inocule ensuite sur chaque bras du pus fourni par chaque ulcération.

Le 8. Trois jours après l'opération, la malade se plaignant de grandes douleurs, on la panse avec le cérat opiacé.

Le 19. La douleur continue, quoique moins vive, surtout la nuit; la plaie ne se cicatrise pas. Depuis six jours, on faisait sans grand avantage le pansement avec un plumasseau enduit d'onguent napolitain.

5 septembre, cautérisation des ulcérations avec le cautère actuel : les ongles commencent à repousser.

4 octobre. Les ulcères ne se cicatrisant pas, M. Gosselin pratique la cautérisation avec le nitrate acide de mercure.

Le 12. Depuis le 4, les cautérisations ont été répétées plusieurs fois et ont toujours amené de l'amélioration. Les ulcères étant cicatrisés, la malade sort guérie.

Octobre 1856. La malade rentre à l'hôpital Cochin pour une ulcération sous-unguéale du médius gauche. M. Gosselin arrache l'ongle, puis cautérise avec le nitrate acide de mercure. La malade sort guérie.

7 septembre 1857. La malade entre pour la troisième fois à l'hôpital Cochin pour une inflammation sous-unguéale de l'indicateur gauche. La peau qui entoure l'ongle est douloureuse, surtout au moindre contact, et saigne facilement. M. Gosselin l'opère par le même procédé que les deux fois précédentes; les plaies se cicatrisent rapidement, et la malade sort de nouveau guérie.

Onyxis ulcéreuse sous-unguéale du pouce droit.

(Hôpital Beaujon, salle Sainte-Agathe, service de M. Gosselin.)

Le 19 février 1861, trois ans et demi après sa dernière sortie de l'hôpital Cochin, la fille S..... rentre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gosselin, pour une onyxis ulcéreuse sous-unguéale du pouce droit.

Il y a environ un mois, sans cause préalable, elle ressentit dans le pouce droit une douleur lancinante très-vive, qui la faisait tellement souffrir, qu'elle ne pouvait dormir. L'ongle devint blanc, se décolla, et au-dessous de lui la suppuration s'établit; le soir surtout, par suite de la fatigue que la malade éprouvait pendant la journée, il sortait de dessous l'ongle du pus mélangé de sang. C'est alors que la malade, ne pouvant plus continuer ses travaux, se décida à entrer à l'hôpital.

Voici ce qui fut reconnu à l'observation : les ongles de tous les doigts sont plus épais qu'à l'état normal; ils sont blancs, rétractés, convexes. L'ongle du pouce de la main droite possède ces caractères au plus haut degré; en outre, il est mou; en dessus se trouve du pus : il est très-douloureux à la pression et lorsqu'on introduit au-dessous de lui un corps étranger.

20 février. La malade est complétement endormie au moyen du chloroforme, puis on pratique l'avulsion de l'ongle. Après l'opération, on constate une ulcération qui occupe tout le derme sous-unguéal, et qui est baignée par une grande quantité de pus. On cautérise de suite toute la surface de l'ulcération avec le nitrate acide de mercure, et l'on fait un pansement simple.

Le 22. La malade a beaucoup souffert dans la journée d'hier; aujourd'hui la douleur est calmée.

Le 23, la malade ne souffre presque plus; l'escbare commence à se détacher.

Le 28, l'élimination de l'eschare est accomplie; la malade ne souffre plus.

5 mars. Depuis deux ou trois jours, la malade se plaint de douleurs dans la main, l'avant-bras et le bras. On remarque en effet, à la partie externe de l'avant-bras et à la partie interne du bras, une traînée rouge, et lorsqu'on palpe cette traînée, on sent un cordon dur; les parties environnant la plaie sont couvertes d'une rougeur érysipélateuse; le membre est douloureux à la pression.

Le 8. Quelques jours après, il se forme plusieurs foyers purulents ; la malade a perdu l'appétit, elle est abattue et elle a une fièvre assez intense.

Le 10. On pratique quatre incisions au bras et deux à l'avant-bras, pour donner issue au pus, après avoir endormi la malade à l'aide du chloroforme. Les phénomènes inflammatoires disparaissent après quelques jours, pendant lesquels on applique des cataplasmes sur le membre supérieur.

Le 25, la malade sort complétement guérie.

OBSERVATION II.

Onyxis ulcéreuse traumatique.

(Hôpital Cochin, service de M. Gosselin.)

G..... (Jean-Baptiste), 27 ans, carrier, s'est écrasé le médius de la main droite, au niveau de sa face dorsale, il y a environ deux mois; l'ongle est tombé quelque temps après l'accident, mais néanmoins la plaie ne s'est pas cicatrisée : il est vrai que le malade n'a pas cessé de travailler.

25 octobre 1858. Aujourd'hui, époque de son entrée à l'hôpital, nous trouvons, sur la face dorsale et à l'extrémité du médius droit, un gonflement sensible, avec rougeur foncée de la peau qui limite le contour de l'ongle. Le derme sous-unguéal est à nu dans plus de la moitié de son étendue, et présente une ulcération grisâtre et pulpeuse; sa partie postérieure est recouverte par une moitié d'ongle nouvellement poussé, et qui n'offre d'adhérence avec le derme que dans le repli cutané postérieur. Il s'agit donc ici d'une onyxis ulcéreuse sous-unguéale d'origine traumatique, mais semblable à celle que nous avons vues survenir spontanément. Le malade ne présente aucun signe apparent de maladie diathésique; il nous paraît du moins certain qu'il n'a pas la vérole.

Le 27, M. Gosselin enlève le rudiment d'ongle de nouvelle formation avec une pince, et pratique une cautérisation énergique sur la partie ulcérée avec le nitrate acide de mercure.

5 novembre. L'ulcération était presque cicatrisée, le gonflement réduit de moitié, et la guérison prochaine, lorsque le malade demande à sortir.

OBSERVATION III.

Onyxis ulcéreuse sous-unguéale rebelle traumatique

(Hôpital Beaujon, salle Sainte-Agathe, service de M. Gosselin.)

Le 19 octobre 1860, B..... (Rose), âgée de 22 ans, couturière, rue Saint-Lazare, constitution assez bonne, raconte qu'il y a environ trois mois, un homme lui a

marché sur le gros orteil du pied gauche ; l'ongle devint tout noir. Bien que souffrant beaucoup, elle continua à marcher et ne prit forcément le lit que quinze jours après, pour le garder un mois sans se lever. Après ce temps, elle se leva et garda la chambre encore un mois ; enfin, depuis cette époque, la malade se força pour marcher avec une bottine trouée pour modérer sa souffrance.

A son arrivée à l'hôpital, elle nous présente l'ongle du gros orteil mobile, très-mou et ayant à peine la moitié de sa longueur normale ; la matrice est rouge et présente sur ses bords un petit bourrelet inflammatoire. Cet ongle, qui est de nouvelle formation, a remplacé l'ancien qui s'est détaché quelques jours après l'accident; du pus desséché et une croûte se voient en arrière et sur les parties latérales du repli postérieur de la peau; en soulevant, avec le doigt ou une pince, l'ongle mollasse et rudimentaire, on voit une ulcération sous-unguéale à fond grisâtre et humide.

L'étude aussi attentive que possible, tant des antécédents que des concomitants, ne nous permet de rattacher cette ulcération ni à la syphilis constitutionnelle, ni à la chloro-anémie, ni au scorbut.

15 octobre 1861. La malade est chloroformée, l'ongle est arraché, et, immédiatement après, une cautérisation énergique est faite avec le nitrate acide de mercure.

Le 28, la malade, allant bien, demande à sortir.

OBSERVATION IV.

Onyxis ulcéreuse sous-unguéale.

(Hôpital Beaujon, salle Sainte-Agathe, service de M. Gosselin.)

Eugénie G....., cuisinière, âgée de 25 ans, est entrée, le 28 mai 1861, dans le service de M. Gosselin. Elle paraît d'une assez bonne constitution ; elle est atteinte actuellement d'onyxis ulcéreuse à deux orteils, le gros orteil du pied gauche et le troisième du pied droit. Voici ce qu'elle nous raconte sur le développement de la maladie.

Le gros orteil du pied gauche a été attaqué le premier, il y a deux mois et demi environ. Sans aucune cause appréciable, un *petit bouton* s'est montré sur le côté interne de l'orteil; la malade l'a écorché, et à sa place une légère *ulcération*, qui, gagnant de proche en proche, a envahi successivement toute la peau qui entoure l'ongle, et a fini par donner à l'orteil l'aspect qu'il a aujourd'hui.

L'orteil est notablement *augmenté de volume;* à son extrémité, la peau est rouge, violacée et luisante; la circonférence de l'ongle est entourée par un bourrelet circulaire qui paraît le siége d'une inflammation assez vive.

Sur les parties latérales de l'ongle, ce bourrelet est ulcéré et comme taillé à pic, et fournit un pus grisâtre, peu abondant, mais fétide et de mauvaise nature. Cette ulcération se continue sous l'ongle, qui paraît presque décollé, terne, dépoli et comme macéré ; le *bourrelet inflammatoire* qui circonscrit la matrice de l'ongle saigne facilement lorsque la malade veut se lever ou lorsqu'elle éprouve la plus légère irritation. Mais, ce qu'il y a de particulier, ce sont les douleurs vives dont l'orteil est le siége, douleurs plus intenses la nuit que le jour, qui s'irradient vers le métacarpe et privent souvent la malade de sommeil.

Tel est l'état que présente le gros orteil lors de l'entrée de la malade, et qu'il présente encore aujourd'hui 12 juin 1861.

Au troisième orteil du pied droit, la maladie ne s'est pas développée tout à fait de la même manière. Il y a deux mois environ, la malade laissa tomber sur l'orteil en question le couvercle assez lourd d'un fourneau; il en résulte une petite plaie contuse, tout à fait à l'extrémité de l'orteil. Cette plaie saigne abondamment, et l'on eut une certaine peine pour arrêter l'hémorrhagie avec de l'amadou; puis, au bout de quelques jours, au lieu de tendre à la cicatrisation, cette plaie s'ulcéra et s'agrandit, et finit par envahir toute la circonférence de l'ongle. Aujourd'hui, l'orteil présente à peu près l'aspect du premier. Il semble plus gravement malade, il est proportionnellement plus tuméfié. Le bourrelet inflammatoire situé au-dessus et autour de la racine de l'ongle est plus épais, plus plus rouge, fournit une suppuration plus abondante et saigne plus facilement. L'ulcération a à peu près décollé l'ongle, qui est aminci comme une feuille de papier et est sur le point d'être éliminé. Mais, par une sorte de compensation, les douleurs que ressent la malade dans cette partie sont bien moins vives, bien plus tolérables que celles que lui fait éprouver le gros orteil du pied gauche.

Le développement spontané de la maladie sur l'un des orteils, l'aspect particulier de l'ulcération, la présence de la même affection sur deux orteils à la fois, portèrent M. Gosselin à prendre en considération la syphilis constitutionnelle. Mais, aujourd'hui encore, on est réduit à des suppositions. L'examen le plus scrupuleux et la connaissance aussi complète que possible des antécédents de la malade, n'amènent pas à une certitude absolue. Elle avoue avoir eu un enfant à 21 ans, mais elle dit n'avoir jamais été malade. Sur aucune partie de son corps on ne retrouve de trace de syphilis. L'examen au spéculum n'a fait que constater qu'un peu de leucorrhée et quelques végétations granulées de la vulve, qui peu-

vent faire admettre une maladie vénérienne, mais n'autorise pas à croire qu'il y ait syphilis.

Il n'est pas non plus permis de supposer que l'affection qui nous occupe soit héréditaire dans la famille, car tous les parents de la malade, père, mère, frères et sœur, sont tous actuellement bien portants, et n'ont jamais rien présenté de semblable.

Comme dernier élément de diagnostic, la malade a été soumise au traitement antisyphilitique (iodure de potassium, 0,25; proto-iodure de mercure, 0,05), et depuis quinze jours de ce traitement, il n'a été constaté aucune amélioration (12 juin 1861).

1er juillet. Le traitement antisyphilitique a été seulement continué jusqu'à aujourd'hui, 1er juillet, mais sans aucun résultat appréciable.

M. Gosselin se décide donc à tenter la cure radicale, par extraction de l'ongle et cautérisation de la matrice et du derme sous-unguéal avec le nitrate acide de mercure. La malade étant soumise à l'anesthésie par le chloroforme, les deux ongles sont successivement enlevés; celui du gros orteil du pied gauche conservait encore une certaine adhérence, mais celui du troisième orteil de l'autre pied se détache avec la plus grande facilité. On peut alors voir à découvert le derme sous-unguéal et la matrice de ces deux ongles, et constater que ce derme est complétement ulcéré pour ce troisième orteil, et que cette ulcération se continue avec celle de la matrice et du bourrelet périphérique, tandis que, pour le gros orteil, il ne présente d'ulcération que vers son centre, lorsque la périphérie est presque saine.

Toutes les surfaces malades sont touchées avec le nitrate acide de mercure, et protégées par un pansement simple.

3 août. Après l'opération, qui a eu lieu le 1er juillet 1861, la plaie produite par l'extraction de l'ongle a tendu sensiblement vers la cicatrisation. La suppuration s'est arrêtée; trois semaines après l'opération, pour le gros orteil, et huit jours pour le troisième orteil. Après l'opération, on n'a pratiqué que le pansement simple jusqu'à la cessation de la suppuration, et même un peu plus tard, à cause de l'extrême sensibilité de la cicatrice.

La malade a ressenti de la douleur dans le gros orteil depuis l'apparition de l'onyxis. Après la cessation de la suppuration, la douleur s'est portée dans tout le membre abdominal, ce qui a engagé M. Gosselin à appliquer pendant deux jours, sur le genou, un vésicatoire volant saupoudré de chlorhydrate de morphine.

A la suite de l'extraction des ongles, la malade a beaucoup souffert pendant deux jours, au point d'être privée de sommeil; puis la douleur a diminué, et,

au bout de quinze jours, la malade ne souffrait plus au niveau des orteils, et il ne restait plus que des douleurs dans le membre abdominal gauche.

Aujourd'hui, 8 août, quarante jours environ après l'opération, les ongles sont en pleine voie de reproduction; les orteils présentent seulement à leur extrémité rougeâtre une rougeur légère, et la douleur locale est très-faible.

12 août, la malade ne ressentant plus que très-peu de douleurs et les plaies étant cicatrisées, la malade sort de l'hôpital.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Des pompes, de leurs soupapes; application à l'action du cœur.

Chimie. — Des caractères distinctifs des arséniates.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques dont la valériane est la base; les comparer entre elles.

Histoire naturelle. — Comparer entre elles les deux familles des amaryllidées et des iridées; indiquer les médicaments que chacune d'elles fournit à la thérapeutique.

Anatomie. — De la disposition de la pie-mère sur la moelle vertébrale; de la disposition de l'arachnoïde sur la moelle épinière.

Physiologie. — Quelles sont les connexions vasculaires entre la mère et le fœtus?

Pathologie interne. — Du diagnostic différentiel des hémorrhagies qui se font par la bouche.

Pathologie externe. — Du panaris.

Pathologie générale. — De l'étiologie des tubercules.

Anatomie pathologique. — Des diverses causes anatomiques qui peuvent occasionner, d'une part, la rétention, d'autre part, l'incontinence d'urine.

Accouchements. — Des thrombus de la vulve ou du vagin pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — Quelles sont les applications thérapeutiques du protochlorure de mercure ?

Médecine opératoire. — De l'amputation dans l'articulation coxo-fémorale.

Médecine légale. — Des maladies provoquées.

Hygiène. — De l'action des émanations marécageuses sur la santé.

Vu, bon à imprimer.

GOSSELIN, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

ARTAUD.